

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży

21

David A. Brent, MD, Lisa Pan, MD

TŁUMACZENIE: Anna Grzywa-Celińska

🔍 PODSTAWY ROZPOZNANIA

Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR

Epizod depresji dużej

A. Pięć (lub więcej) z wymienionych objawów przez okres 2 tygodni prezentujących zmianę w stosunku do poprzedniego funkcjonowania; co najmniej jednym z tych objawów powinien być: 1) nastrój depresyjny albo 2) utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności.

Uwaga: Nie należy brać pod uwagę objawów, które są ściśle związane z ogólnym stanem zdrowia lub niezwiązane z nastrojem urojzeniami lub omamami.

- 1) nastrój depresyjny; uwaga: u dzieci i młodzieży może to być nastrój drażliwy,
 - 2) utrata zainteresowania lub zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia),
 - 3) istotny spadek masy ciała w warunkach braku odchudzenia lub wzrost masy ciała, albo spadek lub wzrost apetytu; uwaga: u dzieci i młodzieży brak osiągnięcia oczekiwanych przyrostów masy ciała,
 - 4) bezsenność lub nadmierna senność,
 - 5) pobudzenie lub opóźnienie psychoruchowe,
 - 6) zmęczenie lub utrata energii,
 - 7) poczucie bezwartościowości lub nieuzasadnione/wyolbrzymione poczucie winy,
 - 8) obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji,
 - 9) nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie.
- B. Objawy nie spełniają kryteriów epizodu mieszanego.
C. Objawy powodują istotne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego i w innych ważnych dziedzinach.
D. Objawy nie wynikają z bezpośredniego efektu fizjologicznego substancji (np. nadużywanego leku) lub ogólnego stanu zdrowia (np. niedoczynności tarczycy).
E. Objawów nie można uzasadnić żałobą (tj. objawami depresji/ smutku trwającymi krócej niż 2 miesiące).

(Przedrukowano za zgodą z: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association).

W tym rozdziale przedstawiono charakterystykę i epidemiologię jednobiegunowych zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży, etiologiczne czynniki ryzyka dla początku i nawrotów depresji oraz ocenę i diagnostykę różnicową zaburzeń depresyjnych. Dokonano przeglądu zalecanych sposobów postępowania psychospołecznego i farmakologicznego, zaś w podsumowaniu zaproponowano obszary wymagające dalszych badań.

Uwagi ogólne

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży są powszechne, nawrotowe i w większości przenoszą się na okres dorosłości. Zaburzenia te często występują rodzinnie, są związane z dodatkową chorobowością i śmiertelnością z powodu współistniejącego nadużywania substancji oraz samobójstw i zachowań samobójczych. Ponadto pacjenci często cierpią z powodu niedostatków edukacyjnych, a później także związanych z zatrudnieniem, jak również z powodu trudności w budowaniu związków. Dlatego też wczesne rozpoznanie i leczenie tych stanów jest ważnym celem dla zdrowia publicznego.

A. EPIDEMIOLOGIA

Oceniane rozpowszechnienie MDD dużej depresji (*major depressive disorder* – MDD) wynosi 2% u dzieci i 4-8% u młodzieży. Po okresie dojrzewania ryzyko wystąpienia depresji wzrasta 2-4-krotnie, osiągając poziom 20% u pacjentów do 18. roku życia. Rozkład płci u dzieci wynosi 1:1, zaś po okresie dojrzewania zaznacza się wzrost ryzyka depresji u kobiet, a stosunek częstości występowania depresji w grupie mężczyzn/kobiet wynosi 1:2. Zjawisko to może być spowodowane wyższym poziomem lęku u kobiet, zmianami w stężeniach estradiolu i testosteronu w okresie dojrzewania oraz społeczno-kulturalnymi kwestiami związanymi z rozwojem dorastających dziewcząt.

Istotną sprawą jest odróżnienie depresji rozpoczynającej się w dzieciństwie od tej o początku w okresie młodzieńczym. Zaburzenia depresyjne w okresie młodzieńczym ze znacznie większą częstością nawracają w okresie dorosłości. W przypadku znaczącego braku szczęścia w rodzinie depresja występująca przed okresem dojrzewania znacznie częściej współwystępuje z problemami behawioralnymi. Mniej częsta postać depresji rozpoczynająca się przed okresem dojrzewania jest związana z silnym rodzinnym obciążeniem depresją, wysokim poziomem lęku, dużym ryzykiem zaburzenia dwubiegunowego i nawracającym zaburzeniem nastroju w okresie młodzieńczym i w dorosłości.

B. ETIOLOGIA

Na wczesny początek depresji wpływa wiele czynników, włączając w to, choć nie tylko, czynniki rodzinne, wczesne doświadczenia życiowe, zaburzenia neuroendokrynne oraz genetyczne. Badania prowadzone wśród bliźniąt pokazują istotność czynników genetycznych i środowiskowych, szczególnie wówczas, jeśli się na siebie nakładają. Rodzinne czynniki ryzyka dla nawracającego zaburzenia depresyjnego u młodzieży obejmują wczesne występowanie depresji u rodziców. Czynniki ryzyka depresji nie-rodzinnej są zaburzenie związane z nadużywaniem substancji występujące u rodziców, przestępczość w rodzinie, niezgoda w rodzinie i brak spójności rodziny. Nadużywanie substancji psychoaktywnych może także wywoływać wcześniejszy początek objawów depresyjnych, podobnie jak wiele innych stanów współistniejących. Udział wczesnych niepomysłnych wydarzeń życiowych jest znacznie większy niż udział rodzinnych genetycznych czynników ryzyka.

C. GENETYKA

Najsilniejszym pojedynczym czynnikiem rozwoju MDD jest rodzinne obciążenie zaburzeniem. Większość badań, włączając w to badania bliźniąt, osób adoptowanych i badania wysokiego ryzyka, pokazało rodzinny wzorzec występowania zaburzenia powiązany z czynnikami środowiskowymi i genetycznymi. Badania rodzin wykazały 2-4-krotnie zwiększone ryzyko depresji u potomstwa osób z depresją. Badania bliźniąt potwierdziły dziedziczenie depresji na poziomie 40-65%. Wyniki badań dotyczących bliźniąt wykazują większą zgodność genetyczną w przypadku depresji o początku w okresie dorastania niż depresji dziecięcej, co sugeruje, że bardzo wczesny początek depresji jest bardziej związany z czynnikami środowiskowymi.

Jeden z modeli interakcji genów i czynników środowiskowych wskazał na silne powiązania w przenoszeniu depresji i lęku, z dziedzicznością na poziomie wyższym niż 60%. Geny odpowiedzialne za ryzyko wystąpienia lęku mogą prowadzić do depresji u młodzieży poprzez większą wrażliwość na niepomysłne wydarzenia życiowe, co stanowi kolejny przykład na interakcje genów i środowiska. Ten model był następnie poparty przez badania związku zaburzenia z genetycznym wariantem receptora serotoninowego, odznaczającego się słabszą czynnością, prowadząc w powiązaniu ze stresującymi wydarzeniami życiowymi do depresji o wczesnym początku.

Objawy kliniczne

A. OBJAWY

Objawy depresyjne w dzieciństwie występują w postaci ciągłego smutku lub nastroju depresyjnego, anhedonii, zmiany apetytu (wzrost lub spadek), zaburzeń snu, energii, braku motywacji, drażliwości lub pobudzenia,

poczucia bezwartościowości albo winy, osłabienia koncentracji i myśli o chorobie lub myśli o samobójstwie. Dzieci lub młodzież mogą wykazywać cechy opóźnienia psychoruchowego, ale częściej prezentują wzmożoną drażliwość.

Dzieci i młodzież wykazujący objawy depresji mogą być klasyfikowani na podstawie upośledzenia, ciężkości, uporczywości choroby oraz profilu objawów. Przy nieobecności stresora prowadzącego do zaburzenia adaptacyjnego ograniczonego w czasie, jeśli nie są całkowicie spełnione kryteria rozpoznania MDD, rozpoznawana jest depresja niewymieniona gdzie indziej (*not otherwise specified* – NOS). Zaburzenie dystymiczne jest wszechogarniające i przewlekłe, trwające co najmniej rok z uboższymi objawami niż MDD. Dystymia może być powikłana epizodami dużej depresji i wówczas jest nazywana „podwójną depresją”. Zaburzenie dystymiczne lub „depresja mniejsza” oraz depresja subkliniczna mogą powodować upośledzenie i mogą być prekursorami MDD.

Depresja większa obejmuje nastrój depresyjny, drażliwość lub anhedonię oraz dodatkowo cztery inne objawy. Jest to najpoważniejsze z zaburzeń depresyjnych i może być związane z psychozą. Psychoza występuje jako omamy słuchowe o treściach uwłaczających, zgodne z nastrojem, ale mogą także występować chorobowe omamy wzrokowe lub, w ostrych przypadkach, myślenie urojeniowe.

B. TESTY PSYCHOLOGICZNE

Dla depresji większej nie jest diagnostyczny żaden z testów psychologicznych. Najbardziej użytecznym narzędziem w diagnostyce zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży jest psychiatryczna ocena diagnostyczna o szerokim zakresie. Do oceny depresji, a także do monitorowania leczenia może być używany Kwestionariusz nastroju i uczuć (skrótowa forma).

C. WYNIKI LABORATORYJNE

Chociaż żadne z badań laboratoryjnych nie jest diagnostyczne dla epizodu depresji dużej, to u niektórych pacjentów z objawami MDD wyniki tych badań mogą być nieprawidłowe. Wykazano, że nieprawidłowości mogą wykazywać testy prowokacyjne układu noradrenergicznego, osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnarczowej i układów serotoninergicznych prowadzone u dzieci lub osób dorastających cierpiących na depresję, jednak odnosi się to bardziej do pacjentów, którzy przeżyli sytuację urazową lub silne życiowe sytuacje stresowe.

Z objawami depresyjnymi mogą też być związane takie zaburzenia jak subkliniczna niedoczynność tarczycy, niedokrwistość, cukrzyca i niedobory witamin włączając w to witaminę B₁₂ oraz kwas foliowy. Te zaburzenia występują częściej u osób dorosłych, jednak w przypadkach przewlekłej lub odpornej depresji mogą być wskazane badania laboratoryjne, obejmujące bada-

nia czynności tarczycy, pełną morfologię krwi, stężenia elektrolitów, glikemię oraz poziomy witaminy B₁₂ i folianów.

D. NEUROOBRAZOWANIE

Różnice w morfometrycznym i czynnościowym obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego (*functional magnetic resonance imaging* – fMRI) przyczyniły się do zrozumienia krążenia neuronalnego leżącego u podstaw zaburzeń depresyjnych. Badania wykorzystujące obrazowanie strukturalne ujawniły zmniejszoną objętość podkorową kory przedczołowej po stronie lewej, zarówno u osób dorastających chorych na depresję, jak również u dorosłych z depresją w wywiadzie i wczesnym początkiem zaburzenia. Przegląd badań obrazowych wykonanych u bliźniąt dorastających i młodych dorosłych nasuwa przypuszczenie, że ta różnica w budowie jest przekazywana genetycznie i może częściowo pośredniczyć w dziedziczności depresji. U młodych osób z depresją wykazano także, oprócz zmniejszonej objętości kory przedczołowej, zwiększoną objętość trzeciej i czwartej komory. W badaniach fMRI prowadzonych u osób dorastających chorujących na depresję, podobnie jak w przypadku osób dorosłych z depresją, wykazano wzmożoną aktywność w brzuszno-przyśrodkowej korze przedczołowej oraz dziobowej części przedniego zakrętu obręczy. Inne badania fMRI wykazały nieprawidłowości w odpowiedzi na widok przerażających twarzy ze wzmożoną aktywacją jądra migdałowego u dzieci z lękiem i obniżoną aktywnością jądra migdałowego u dzieci z depresją. Dodatkowo pacjenci z MDD wykazywali słabszą pamięć do twarzy, zaś u osób, które prawidłowo zapamiętały twarze, obserwowano wyższą aktywność lewego jądra migdałowego. Podobieństwo niektórych spośród tych danych do tych uzyskanych u dorosłych może wskazywać, że zaburzenie w obwodach neuronalnych przyczyniające się do depresji jest obecne w okresie dorastania i utrzymuje się w trakcie rozwoju aż do dorosłości.

Przebieg choroby

Średni czas trwania epizodu depresji dużej w próbach populacyjnych wynosi 3-6 miesięcy, a nieznacznie dłużej, 5-8 miesięcy, w grupach odniesienia. Mniej więcej jedna na 5 osób dorastających będzie miała depresję oporną trwającą dłużej niż 2 lata. Dla kontrastu należy zauważyć, że epizody depresji mogą ustępować spontanicznie bez leczenia. Do przedłużania się epizodów i braku podatności na leczenie przyczyniają się zaburzenia współistniejące, a szczególnie zaburzenie dystymiczne, ciężki stan, obecność myśli samobójczych, depresja u rodziców oraz brak wsparcia ze strony środowiska.

Depresja jest zaburzeniem przewlekłym i nawrotowym. Chociaż depresja w okresie dzieciństwa jest mniej częsta, istnieje jednak duże prawdopodobieństwo

stwu nawrotu w okresie dorastania. Młodzież znajduje się w grupie ryzyka nawrotu w okresie dorosłości. Ocena ryzyka nawrotowości depresji dziecięcej dokonana w jednym z badań wynosi 40% w ciągu 2 lat od remisji oraz ponad 70% w ciągu 5 lat. Ocena nawrotowości depresji młodzieńczej wynosi 30-70% w ciągu 1-2 lat obserwacji. Dzieci, u których nie uzyskano całkowitej remisji objawów, z dystymią, wykorzystywaniem w dzieciństwie, ciągłymi problemami społecznymi lub wywiadami w kierunku występowania depresji wczesnej u rodziców, są bardziej narażone na nawroty. Dzieci i młodzież z uporczywą depresją znajdują się w grupie ryzyka niezliczonych powikłań, włączając w to zachowania samobójcze, zaburzenia osobowości, zaburzenia związane z używaniem substancji, dysfunkcje społeczne, otyłość i niedostatek osiągnięć. Zaburzenie dwubiegunowe występuje u 10-20% spośród klinicznych kierowanych grup dzieci i młodzieży z depresją i jest bardziej powszechne u pacjentów psychiatrycznie depresyjnych niż u tych z silnym rodzinnym wywiadem w kierunku manii.

Większość dzieci i młodzieży kierowanych do leczenia depresji ma zaburzenie współistniejące. Często pacjenci cierpią z powodu współistniejącego zaburzenia lękowego, które poprzedza początek objawów depresyjnych. Ten stan powinien być odróżniany od dysforyi, która ustępuje wraz z ustaniem napięcia. Na rozwój depresji narażone są dzieci z wykorzystywaniem w wywiadzie. U tych dzieci szeroko rozpowszechnione są pourazowe zaburzenie stresowe i inne zaburzenia związane z silnym napięciem. Do rozwoju depresji mogą prowadzić także zaburzenia związane z nadużywaniem substancji i odwrotnie: samoleczenie depresji i lęku może prowadzić do nadużywania leków lub uzależnienia. Zachowania samouszkodzające oraz zaburzenie kontroli impulsów często występują wspólnie z depresją i mogą być błędnie rozpoznane, jeśli depresja nie jest zdiagnozowana. U młodych osób z depresją szczególnie często rozpoznawane jest ADHD i w niektórych rodzinach może być ono współdziedziczone. Istnieją dowody, że depresja prowadzi do zaburzeń zachowania, i odwrotnie.

Najbardziej poważną kwestią u dzieci i młodzieży z depresją jest podwyższone ryzyko myśli i zachowań samobójczych. Wszyscy pacjenci powinni być oceniani na okoliczność myślenia samobójczego. Młodzież cierpiąca na depresję z myśleniem samobójczym wymaga dodatkowej kontroli i leczenia ukierunkowanego na zmniejszenie tego ryzyka. Jeśli obecne myśli samobójcze są poważne, pacjent wymaga leczenia w warunkach zamkniętych o dużych restrykcjach.

Rozpoznanie różnicowe

W świetle wysokiej współchorobowości depresji u dzieci i młodzieży rozpoznanie różnicowe jest w aspekcie odpowiedniej opieki zarówno sprawą ważną, jak i wy-